

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

235

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René SACHOT

Né le 28 juin 1908 à La Roche-sur-Yon (Vendée)

TRAITEMENT

DES

SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES

par les Lavages à l'Acide Chromique

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René SACHOT

Né le 28 juin 1908 à La Roche-sur-Yon (Vendée)

TRAITEMENT

DES

SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES

par les Lavages à l'Acide Chromique

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLE.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLEY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCC Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE..... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education Physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En les remerciant du fond du coeur de tout
ce qu'ils ont fait pour moi.*

A MON FRÈRE ANDRÉ

A MON FRÈRE ROGER

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
Professeur de clinique otorhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de cette
thèse.*

*Témoignage de notre respectueuse recon-
naissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR le DOCTEUR GEORGES VERGER

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges,
Médecin-Chef du Service d'O.R.L. de l'hôpital.

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, je
viens exprimer ma profonde gratitude pour
l'accueil bienveillant et l'enseignement précieux
que j'ai reçu dans son Service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Chirurgien de l'Hôpital

En reconnaissance de l'enseignement précieux que j'ai reçu dans son Service.

A MONSIEUR le DOCTEUR BOURGUIGNON
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital

Qui nous a toujours assuré de sa bienveillance. En témoignage de nos sentiments très reconnaissants et respectueux.

A MONSIEUR le DOCTEUR DE LEOBARDY
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital

Hommage de reconnaissance et de respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VOUZELLE
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Chirurgien de l'Hôpital

*Toujours si bienveillant. Hommage de
respectueuse admiration, de reconnaissance
et d'attachement.*

A MONSIEUR le DOCTEUR DELOTTE
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Chirurgien de l'hôpital

*Toujours heureux de pouvoir nous instruire.
Hommage de notre reconnaissance.*

A MES MAITRES des HOPITAUX de LIMOGES

A MES MAITRES des HOPITAUX DE PARIS

En reconnaissance de leur enseignement.

HISTORIQUE

Deux méthodes sont à opposer dans le traitement des sinusites maxillaires chroniques :

1° Des méthodes chirurgicales proprement dites, ouvrant le sinus pour le drainer, soit par la voie alvéolaire, soit par la fosse canine, soit par le méat inférieur. Meibonius le premier ouvrit l'antre par l'ablation d'une molaire. Drake et Cooper suivirent la même technique. Ce fut Desault qui ouvrit la fosse canine avec un perforateur, méthode qu'employa également Citelli.

On en arriva finalement aux méthodes actuelles auxquelles les noms de Sébileau, Claoué, Vacher, Escat, Denker, Caldwell et Luc restent attachés.

2° Des méthodes de petite chirurgie consistant à faire des lavages dans la cavité sinusienne : soit par l'orifice alvéolaire consécutif à une alvusion dentaire, soit par le méat moyen, soit enfin, comme aujourd'hui, par le méat inférieur. Mais ces dernières voies ne furent abordables que lorsque l'éclairage des cavités permit au rhinologiste de se guider dans le labyrinthe des

fosses nasales ; c'est dire que ces acquisitions sont relativement récentes.

Ce travail a l'intention non pas de faire une étude du traitement des sinusites aiguës justiciables du traitement médical : pulvérisations adrénalinées et inhalations mentholées, mais au contraire d'envisager le traitement des sinusites chroniques, c'est-à-dire celles qui persistent pendant plus de six mois.

En effet les sinusites aiguës peuvent passer à la chronicité soit d'emblée ou le plus souvent à la suite de poussées aiguës récidivantes. Les causes de ce passage des sinusites maxillaires aiguës à la chronicité sont différentes si l'on se trouve en présence d'une sinusite d'origine nasale ou d'origine dentaire.

La sinusite maxillaire aiguë d'origine nasale pourra devenir chronique d'abord s'il y a absence de soins ou si elle est négligée, dans ces cas le plus souvent le diagnostic n'aura pas été fait on aura cru à un coryza prolongé. Mais le facteur de chronicité, peut être le plus important se trouve dans une constitution anatomique défectueuse du nez : cornet moyen hypertrophié, déviation de cloison.

La sinusite maxillaire d'origine dentaire sera due presque toujours à une carie de la deuxième prémolaire ou d'une des deux premières molaires supérieures. Autour de la racine cariée se fera un foyer

d'ostéite alvéolaire, qui même une fois la dent causale enlevée, entretiendra l'infection du sinus. Et en fait les sinusites maxillaires qui passeront le plus souvent à la chronicité seront celles d'origine dentaire.

En tout cas, quelle qu'en soit l'origine une sinusite maxillaire chronique se présentera presque toujours avec les symptômes ci-dessous : mouchage de pus unilatéral — Cacosmie subjective surtout nette quand le malade penche la tête en avant — présence de pus au niveau d'une fosse nasale constatable par rhinoscopie antérieure ; on peut voir un écoulement abondant remplir la fosse nasale surtout au niveau du plancher, un suintement au niveau du méat moyen. Il n'est pas rare de noter un écoulement purulent sur la paroi postérieure du pharynx que la rhinoscopie postérieure pourra permettre de suivre jusqu'au niveau du cornet moyen. La douleur n'est pas constante, est en tout cas variable, d'interprétation difficile et ne constitue pas un symptôme cardinal. La diaphanoscopie au contraire donne des renseignements beaucoup plus utiles : le sinus malade est obscur ; en effet, le croissant lumineux sous-orbitaire a disparu et le patient a l'impression de ne percevoir la lumière que du seul côté sain ; enfin la pupille reste obscure du côté malade. La ponction du sinus par voie diaméatique suivie d'un lavage qui ramène du pus est évidemment le meilleur moyen d'affirmer le diagnostic de sinusite maxillaire chronique.

La radiographie bien que d'interprétation parfois délicate donne des renseignements intéressants surtout au point de vue opératoire : aussi pour les cas qui font l'objet de cette thèse et qui ont été traités par ponctions et lavages nous n'avons jamais jugé nécessaire de faire des radiographies.

Différents traitements utilisés

Passons rapidement en revue les différents traitements utilisés jusqu'à ce jour pour guérir les sinusites maxillaires. D'abord un traitement prophylactique pourrait-on dire qui s'efforcera de les éviter en traitant convenablement les sinusites aiguës par le traitement médical classique. Fréquemment on devra dans ce but supprimer la tête du cornet moyen, faire une résection, sous-muqueuse de la cloison en cas de déviation haute ou extraire une dent malade. La sinusite chronique diagnostiquée, le traitement curatif sera médical ou chirurgical.

Traitement Médical. — Les inhalations et pulvérisations peuvent être parfois indiquées à titre adjuvant d'un traitement plus énergique. La vaccinothérapie locale ou générale aurait rendu elle aussi des services mais la méthode la plus efficace est bien celle des lavages du sinus par le méat inférieur ; les lavages par le méat moyen ou par l'alvéole dentaire sont actuellement abandonnés. Jusqu'à présent on a fait surtout

ces lavages avec de l'eau tiède suivis ou non de lavages avec des liquides antiseptiques : les plus souvent employés ont été le nitrate d'argent à 1 pour 100, le chlorure de zinc à 1 pour 10, le cyanure de mercure à 1 pour 10000 ou même l'eau boro-oxygénée. Lorsque cette méthode ne procure par d'amélioration on a recours au traitement chirurgical.

Traitement chirurgical. — L'opération la plus employée actuellement est celle de Caldwell-Luc. Elle consiste en une ouverture du sinus malade au niveau de la fosse canine, un curettage complet de la cavité et la mise en communication large du sinus avec la fosse nasale par une brèche créée dans la cloison intersinusal nasale après résection de la tête du cornet inférieur et une fermeture complète de l'ouverture buccale. Dans cette opération, le temps important est le curettage du sinus qui doit être soigneux afin de supprimer toutes les fongosités, causes de la suppuration. Il faut remarquer qu'on a tout intérêt à faire précéder le curettage d'un écouvillonnage (avec un tampon de gaze enroulé autour de la curette de Moure et imprégné d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Les fongosités s'affaissent, se flétrissent et se détachent.

La thérapeutique que nous préconisons se place entre le traitement chirurgical et le traitement médical, elle se montre plus efficace que les simples lavages faits à l'eau bouillie ou au nitrate d'argent et les procé-

dés chirurgicaux qui ne sont pas toujours acceptés facilement par les malades pusillanimes.

L'idée nous en est venue en voyant les résultats nettement insuffisants que donnent presque toujours les ponctions avec ou sans les antiseptiques employés actuellement et d'autre part en voyant les excellents résultats que donnent les badigeonnages tant de nitrate d'argent que d'acide chromique dans les rhinites purulentes chroniques.

Il semble que si cette méthode n'a pas été employée plus tôt c'est parce que l'on craignait la trop grande causticité de l'acide chromique qui pouvait causer des nécroses étendues de la muqueuse ou de l'ostéite des parois sinusiennes. En fait, nous n'avons jamais eu d'accident à déplorer, bien au contraire, dès les premiers cas traités notre technique s'est, elle, avérée efficace et sans danger.

Technique

Le méat inférieur est avant tout insensibilisé par un porte coton imprégné de « Butelline » à 1 pour 10. Le tampon est laissé en place pendant cinq minutes. On pratique alors la ponction autant que possible avec un trocart en acier qui ne plie pas. On sent la résistance du feuillet osseux qui cède brusquement devant le trocart, on retire alors le mandrin, on a soin pendant ces manœuvres de tenir la tête du malade

solidement fixée. Il est bon de faire souffler le malade dans le trocart, les deux narines étant fermées on voit le pus expulsé par le trocart et on perçoit l'odeur caractéristique de ce genre de suppuration. On fait alors un lavage à l'eau bouillie tiède qui entraîne tout le pus se trouvant dans le sinus. Le lavage est fait à l'énéma. Une solution d'acide chromique à 1 pour 50 est alors poussée lentement dans le trocart et le malade doit tenir la tête fortement penchée en avant pour ne pas déglutir le caustique. On en fait passer dans le sinus la valeur de quatre ou cinq énémas et on retire rapidement le trocart en demandant au malade de ne pas se moucher immédiatement. Dans les heures qui suivent, quelquefois même pendant un jour ou deux, on note un coryza assez violent au cours duquel du muco-pus teinté de jaune est expulsé par le malade.

La fréquence des ponctions ne doit pas être trop grande, une ponction par semaine nous paraît suffisante de façon à laisser s'éliminer les parties de muqueuse détruites par le lavage. Il y a intérêt d'ailleurs lorsqu'on voit l'abondance du pus diminuer à espacer les séances et à n'en faire qu'une tous les quinze jours.

Les signes qui dans les traitements classiques indiquent une amélioration restent valables. Dans les premières séances le pus est intimement mélangé à l'eau bouillie du lavage, dans les dernières il reste aggloméré prenant l'aspect d'un crachat.

On ne doit considérer la guérison comme définitive que si un lavage à l'eau bouillie tiède revient absolument clair ; par la suite, on peut observer la réapparition de la transparence du sinus mais on sait combien ce signe est inconstant même dans les sinusites guéries chirurgicalement.

Incidents

Lors du lavage, la douleur ressentie par le patient n'est pas plus violente que celle causée par un lavage ordinaire, c'est tout au plus si pendant une ou deux heures il garde une sensation de cuisson au niveau de la fosse nasale irriguée ; par contre, la position très inclinée de la tête est indispensable de même que la respiration uniquement buccale pendant tout le temps du lavage à l'acide chromique, cela pour éviter la déglutition de la solution qui peut à la suite provoquer des coliques et parfois même une diarrhée assez violente. Il sera toujours bon de prévenir le malade de la possibilité de cet incident tout au moins pour les premières ponctions. Le fait de faire préciser le lavage à l'acide chromique par le mouchage par l'intermédiaire du trocart et par le lavage à l'eau bouillie tiède est indispensable si l'on ne veut pas risquer une escarre très importante au cas où il y aurait eu fausse route au cours de la ponction.

Résultats

Nous rapportons neuf observations de malades traités ainsi pour sinusite maxillaire chronique.

Chez une malade de 60 ans (observation 2) atteinte d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire, le résultat après une amélioration momentanée s'avéra nul et la malade fut opérée par la méthode classique et guérie définitivement.

Dans un deuxième cas (observation 5) où les deux sinus maxillaires étaient atteints depuis une dizaine d'années les lavages à l'acide chromique amenèrent la guérison du sinus gauche tandis que le sinus droit devait être opéré. Mais la cause de cet insuccès paraît due à ce fait que la malade dont l'intestin avait beaucoup souffert du fait de la déglutition prolongée de pus venant des fosses nasales ne put supporter que six à sept lavages, l'acide chromique provoquant chez elle des crises de diarrhée très pénibles. Par contre nous rapportons sept observations où les résultats de cette thérapeutique s'avérèrent excellents.

Une malade (observation 4) fut guérie par un seul lavage alors que onze ponctions avaient déjà été pratiquées par un spécialiste averti et par un médecin consultant du Mont Dore, malgré cela le pus restait très abondant et très fétide quand eut lieu le lavage à l'acide chromique.

Une autre malade (observation 7) fut guérie en six ponctions et la sinusite frontale dont elle était atteinte disparut comme par enchantement après la guérison du sinus maxillaire.

Un malade (observation 3) fut guéri par six lavages d'une sinusite maxillaire gauche dont il était atteint depuis plus de six mois.

Dans l'observation 1, neuf lavages suffirent à obtenir la guérison. Dans l'observation 2 dix lavages furent nécessaires et deux mois après le sinus traité s'éclairait aussi bien que l'autre.

Enfin chez deux malades (observation 6) et (observation 8) il fallut dix-huit et dix-neuf lavages pour obtenir la guérison. Ces deux dernières observations montrent que parfois il faut savoir persévérer au delà du chiffre fatidique des dix à douze lavages indiqué par les Pères de l'oto-rhino-laryngologie.

OBSERVATION 1

Mme Les..., âgée de 31 ans consulte le 3 novembre 1927. La malade nous dit avoir depuis près de dix mois un écoulement nasal fétide par la narine droite presque continu et abondant durant certaines périodes. Elle a en général peu souffert, tout au plus ressentait-elle par moment une vague pesanteur au niveau du sinus.

Elle ajoute avoir eu une dent cariée qu'elle s'est faite extraire il y a environ huit mois. Le jour où nous la voyons elle n'a pas d'écoulement nasal mais souffre davantage.

Nous l'examinons : la rhinoscopie nous montre l'absence de pus dans le nez mais sa présence en petite quantité dans le cavum. La diaphanoscopie nous montre une obscurité nette à droite tandis que le sinus gauche s'éclaire normalement. Les sinus frontaux sont normaux.

Nous faisons le diagnostic de sinusite maxillaire chronique droite d'origine dentaire et nous pratiquons une ponction du sinus droit suivie d'un lavage à l'eau bouillie tiède qui ramène un pus jaune verdâtre fétide et mélangé à l'eau, nous poussons dans le trocart laissé en place notre solution d'acide chromique.

14 novembre. — 2^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

17 novembre. — 3^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

A ce moment, la malade est déjà améliorée, ne souffre pas et le pus ramené est encore fétide mais plus aggloméré.

21 novembre. — 4^e ponction avec lavage à l'acide chromique ;

28 novembre. — 5^e ponction avec lavage à l'acide chromique ;

5 décembre. — 6^e ponction. L'amélioration est telle que ce jour là on ne fait pas de lavage à l'acide chromique et on décide de revoir la malade ;

15 décembre. — La ponction ramène encore du pus, on reprend alors les lavages à l'acide chromique ;

22 décembre. — 8^e ponction avec lavage à l'acide chromique ;

5 janvier 1928. — 9^e ponction avec lavage à l'acide chromique. Le pus est moins abondant et moins fétide ;

19 janvier. — 10^e ponction avec nouveau lavage à l'acide chromique. L'amélioration est très nette ;

2 février. — 11^e ponction. Il n'y a plus de trace de pus, la malade est guérie et cela après neuf lavages à l'acide chromique.

OBSERVATION 2

M. Lam..., âgé de 60 ans vient nous voir le 21 mars 1929 depuis trois jours il a eu de fortes douleurs à type de névralgie sous-orbitaire droite avec irradiations à la mâchoire correspondante et il a ramené du pus par son nez. Il se rappelle avoir souffert des dents à plusieurs reprises depuis environ trois mois. Au moment où nous l'examinons, la rhinoscopie nous montre qu'actuellement le malade a peu de pus dans le nez. La diaphanoscopie fait voir un sinus droit s'éclair-

rant mal. En regardant ses dents, nous apercevons la seconde prémolaire supérieure complètement cariée.

Nous faisons alors le diagnostic de sinusite maxillaire droite d'origine dentaire. Nous conseillons au malade de se faire extraire sa dent et nous lui prescrivons des inhalations mentholées. Nous le revoyons le 27 mars, il souffre moins mais mouche toujours du pus. Nous prescrivons une ponction du sinus droit suivie d'un lavage à l'eau bouillie tiède qui ramène du pus en grande quantité et d'une fétidité extraordinaire et nous faisons un lavage à l'acide chromique.

1^{er} avril. — 2^e ponction avec lavage à l'acide chromique ;

7 avril. — 3^e ponction avec lavage à l'acide chromique ;

13 avril. — 4^e ponction avec lavage à l'acide chromique ;

20 avril. — 5^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

L'amélioration est alors très nette, il n'y a plus de pus dans le nez.

27 avril. — mouchage abondant et odeur très diminuée, 6^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

Par la suite une aggravation se produit, le malade mouche de nouveau du pus fétide, on refait les lavages à l'acide chromique le 4 mai, le 10 mai, le 17 mai et le 25 mai, mais il ne se produit aucune amélioration

et le 2 juin sur sa demande on opère le malade (Caldwell-Luc) guérison complète.

OBSERVATION 3

M. Gue..., âgé de 39 ans est vu pour la première fois le 28 mai 1929, il présente une sinusite maxillaire gauche dont le début remonte à plus de dix mois et dont la cause est vraisemblablement une dent infectée cependant arrachée aussitôt. A l'examen on trouve du pus dans le méat moyen. Le sinus maxillaire gauche est obscur, mais les deux sinus frontaux s'éclairent normalement. Un lavage du sinus maxillaire gauche à l'eau bouillie tiède ramène du pus sans grumeaux et on fait un lavage à l'acide chromique. Ce traitement est continué et six lavages à l'acide chromique amènent une amélioration telle que le 26 juin un dernier lavage à l'eau bouillie ne ramène absolument rien. Le 3 juillet 1929, le malade est guéri. Il n'y a pas de traces de pus dans le nez depuis le dernier lavage. Le sinus gauche s'éclaire presque autant que le droit.

OBSERVATION 4

Mme Dan..., âgée de 58 ans vue pour la première fois le 27 juillet 1932. Elle a une sinusite maxillaire chro-

nique droite pour laquelle elle a déjà été soignée à Nantes ; elle a subi onze ponctions dont les dernières au Mont-Dore où elle est allée faire une cure. Devant séjourner quelque temps à Limoges, elle nous est adressée par son consultant du Mont-Dore. Elle mouche toujours du pus et dit avoir encore parfois des maux de tête avec une légère obstruction nasale. L'examen rhinoscopique nous montre une fosse nasale remplie de pus et la muqueuse est très congestionnée principalement au niveau du méat moyen. La diaphanoscopie nous permet de constater l'opacité du sinus droit. La ponction suivie d'un lavage à l'eau bouillie tiède ramène en abondance du pus jaune verdâtre strié de sang et fétide ; il faut vider cinq ou six énémas pour n'avoir plus de pus. Nous faisons suivre cette ponction d'un lavage à l'acide chromique et la malade nous quitte.

Le 12 septembre 1932, elle revient nous voir de la Vendée et nous dit qu'elle est guérie. Une dizaine de jours après le lavage à l'acide chromique elle ne mouchait plus de pus et n'avait plus aucune douleur. On l'examine, on lui fait une nouvelle ponction du sinus suivie d'un lavage à l'eau bouillie tiède qui ne ramène pas de trace de pus. Le sinus reste encore obscur à la diaphanoscopie, néanmoins la malade est totalement guérie. Deux mois après aucune récurrence ne s'était produite.

OBSERVATION 5

Mme Lel..., âgée de 55 ans, vue pour la première fois le 16 mai 1932. Depuis plus de dix ans elle mouche du pus et a alors de fréquents maux de tête avec parfois un peu d'obstruction nasale.

L'examen rhinoscopique nous montre des sécrétions qui sont dues à une sinusite maxillaire chronique double, en effet la diaphanoscopie permet de constater l'obscurité des deux sinus maxillaires mais plus accentuée à gauche. Sur la paroi postérieure du pharynx, il y a du pus descendant du méat moyen gauche c'est pourquoi nous faisons à la malade un badigeonnage avec de l'huile iodée et lui prescrivons des inhalations mentholées.

Le 30 novembre 1932, nous revoyons la malade : elle va mieux elle se sent soulagée, elle a moins de pus ; en arrière cependant il y a encore du muco-pus, aussi nous faisons un nouveau badigeonnage à l'huile iodée. Le 14 décembre la malade se plaint que son nez se bouche de temps en temps et qu'elle déglutit du pus. On lui fait une ponction du sinus maxillaire gauche suivie de lavage à l'eau bouillie tiède qui ramène beaucoup de pus : il faut quatre ou cinq énémas pour que l'eau bouillie ne revienne pas chargée de pus. On

fait un lavage du sinus à l'acide chromique. Nous ne revoyons la malade que le 30 juin 1933, elle nous dit avoir fait de temps en temps des inhalations mais ne se trouve pas améliorée. Un lavage du sinus maxillaire gauche ramène un pus jaune verdâtre et fétide en grande quantité et on fait un lavage du sinus gauche à l'acide chromique. Le 4 juillet on fait un lavage du sinus gauche à l'acide chromique et à droite un lavage à l'eau bouillie tiède. Le 11 juillet peu d'amélioration à droite ; la sinusite maxillaire gauche au contraire va beaucoup mieux le lavage ne ramenant que peu de pus.

Le 17 juillet. — ponction des sinus suivie de lavage à l'acide chromique et ainsi de suite le 25 juillet, le 2 août et le 10 août. A ce moment, il y a toujours à droite beaucoup de pus qui forme avec l'eau un mélange homogène.

19 août. — ponction avec lavage à l'acide chromique ; pas d'amélioration à droite. La malade a des crises de diarrhée.

Le 8 septembre : pas de pus à gauche mais beaucoup à droite et on décide d'opérer la malade, le 20 septembre (Caldwell-Luc). Le sinus gauche est considéré comme guéri par les seuls lavages à l'acide chromique.

OBSERVATION 6

Mme Pey..., âgée de 32 ans, vue pour la première fois le 12 juin 1933. La malade s'est fait extraire une dent il y a cinq mois, c'est la première grosse molaire supérieure mais les racines sont restées en place. Elle mouche du pus depuis quelque temps mais l'écoulement nasal purulent existait déjà avant l'extraction de sa dent. Après rhinoscopie et diaphanoscopie le diagnostic porté est celui de sinusite maxillaire chronique gauche. Nous lui conseillons l'ablation des racines et après celle-ci les lavages à l'acide chromique.

La première ponction faite le 15 juin ramène beaucoup de pus, lavage à l'acide chromique.

20 juin. — 2^e ponction, même quantité de pus ; lavage à l'acide chromique.

29 juin. — 3^e ponction, pus très diminué, lavage à l'acide chromique.

6 juillet. — 4^e ponction. Le lavage élimine des fragments de muqueuse sphacelés et brûlés par l'acide chromique.

15 juillet. — 5^e ponction. En faisant souffler le malade dans le trocart il sort deux gouttes de pus ; lavage à l'acide chromique.

25 juillet, 10 août, 20 août, 2 septembre, 14 sep-

tembre, 28 septembre, 18 octobre, 29 octobre, 15 décembre, 3 janvier 1934, 20 janvier, 10 février, 8 mars, 20 avril on fait une ponction avec lavage à l'acide chromique.

Durant toute cette période se produisent des alternatives d'amélioration et de reprise de la maladie ; aussi à certains moments l'opération nous a paru nécessaire mais comme la patiente s'oppose à l'opération au moment où au contraire nous la jugerions favorable, nous continuons le traitement à l'acide chromique. Au quinzième lavage se produit une amélioration très nette, la 19^e ponction est nette, la malade est guérie. Nous la revoyons le 21 juin : le sinus maxillaire gauche est sensiblement aussi clair que le droit.

Guérison après 19 lavages à l'acide chromique.

OBSERVATION 7

M^{me} Rey..., âgée de 39 ans, vue pour la première fois le 26 juin 1933. La malade s'est enrhumée, il y a environ cinq mois et depuis plusieurs jours a des céphalées et des lourdeurs de tête. Ce qu'elle mouche est jaune verdâtre et sent mauvais. Après examen rhinoscopique et diaphanoscopique, le diagnostic porté est celui de sinusite fronto-maxillaire gauche.

A noter une légère hypertrophie du cornet moyen gauche qui nous fait envisager la suppression de la tête du cornet. On prescrit à la malade des inhalations et des pulvérisations.

Le 7 juillet 1933. La malade ne souffre pas, mais elle a encore du pus. On fait une ponction et l'eau bouillie tiède ramène un pus verdâtre extrêmement fétide, mais grumeleux. On fait un lavage à l'acide chromique.

Le 18 juillet, encore du pus mais moins fétide, lavage à l'acide chromique.

Le 24 juillet, encore un peu de pus, lavage à l'acide chromique.

Le 31 juillet, le pus n'est ramené qu'en très petite quantité et n'a plus d'odeur, lavage à l'acide chromique.

Le 10 août : amélioration nette, nouveau lavage à l'acide chromique.

Le 17 août : l'amélioration persiste, lavage à l'acide chromique.

Le 24 août, la ponction ne ramène pas la moindre trace de pus, aucune douleur, aucun écoulement nasal, la malade est guérie bien qu'à la diaphanoscopie le sinus maxillaire gauche soit encore obscur.

OBSERVATION 8

M. Gri..., âgé de 47 ans vu pour la première fois le 15 avril 1934.

Antécédents. — Le malade est pris en mars 1930 de violentes douleurs de tête. Il a une dent cariée. Il va voir un docteur qui fait le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë droite, lui prescrit des inhalations et pulvérisations et lui conseille l'extraction de la dent malade. Malgré ce traitement, le malade continue à avoir le nez bouché, a des douleurs fréquentes et parfois très vives à l'occasion du moindre rhume si bien que par moment il est incapable de fournir le moindre effort intellectuel. Il ne se sent soulagé qu'en mettant la tête basse mais alors un pus extrêmement fétide s'écoule par son nez. La cacosmie dont est atteint notre malade le décide à voir un spécialiste le 21 juin 1933. Ce dernier lui fait une ponction du sinus maxillaire suivie d'un lavage avec une solution de liqueur de Labarraque. Cette première ponction ne ramène que très peu de pus. Le lavage est suivi par une syncope et l'impression produite par ce lavage est si désagréable que le malade reste encore longtemps sans voir le médecin bien qu'ayant encore souvent des douleurs et un mouchage fétide.

Le malade se présente donc à nous avec tous les symptômes d'une sinusite maxillaire chronique droite durant depuis quatre ans. A la diaphanoscopie, le sinus droit est complètement obscur.

On fait à notre malade une ponction du sinus qui ramène du pus en quantité telle qu'il faut vider cinq ou six énémas pour que l'eau revienne sans être chargée de pus. On fait un lavage à l'acide chromique. Toutes les semaines suivantes on fait une ponction avec lavage à l'acide chromique, jusqu'au 7^e lavage pas d'amélioration mais ensuite le pus ramené par la ponction se fait de plus en plus rare. Après 19 lavages la ponction ne ramène plus de pus et le 9 octobre un lavage à l'eau bouillie ne ramène pas de traces de pus. Le malade doit être considéré comme guéri : le sinus maxillaire droit s'éclaire toutefois moins bien que le gauche, mais cependant beaucoup plus qu'au début de la maladie.

OBSERVATION 9

Mme Mar... âgée de 28 ans, vue le 5 mai 1934, elle a un écoulement nasal purulent et de temps en temps des douleurs dans la région sous-orbitaire gauche. Elle nous dit avoir souffert des dents depuis quelque temps. Après rhinoscopie et diaphanoscopie (obscurité

nette à gauche) le diagnostic porté est celui de sinusite maxillaire gauche. Nous pensons que c'est la première grosse molaire supérieure gauche qui est en cause et nous conseillons à la malade de se faire extraire cette dent avant de revenir nous voir.

Le 12 mai, la première ponction pratiquée fait lortir relativement peu de pus. On la fait suivre d'un savage à l'acide chromique.

Le 18 mai, 2 juin, 7 juin, 2^e, 3^e et 4^e ponction avec lavages à l'acide chromique.

Le 12 juin, 5^e ponction avec lavage à l'acide chromique ; il y a peu de pus et l'eau bouillie ramène des petits fragments de muqueuse sphacélée.

Le 21 juin, 28 juin, 6^e et 7^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

Le 12 juillet, 8^e ponction. Il n'y a que des traces de pus, lavage à l'acide chromique.

Le 24 juillet, 9^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

Le 2 août, 10^e ponction avec lavage à l'acide chromique.

Le 9 août, la ponction ne ramène pas la moindre trace de pus, la malade se trouve guérie : le sinus gauche est sensiblement aussi clair que le droit.

CONCLUSIONS

Des observations qui précèdent nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les ponctions du sinus maxillaire suivies de lavages à l'acide chromique donnent des résultats excellents dans la grande majorité des cas.

2° Elles sont sans danger n'ayant jamais causé d'incidents sérieux comme ostéites ou cicatrices défectueuses.

3° Elles paraissent nettement supérieures aux ponctions pratiquées avec l'eau bouillie seule ou additionnée des antiseptiques classiques.

4° Ce traitement s'adresse à des malades redoutant une intervention chirurgicale ou que leur état général ne permet pas d'opérer en toute sécurité. Il va sans dire que les sinusites maxillaires chroniques des enfants d'ailleurs très rares ne sont pas justiciables de ce traitement qui suppose des sujets dociles.

La multiplicité des ponctions qu'on est parfois obligé de pratiquer ne doit pas faire renoncer à une méthode efficace, d'exécution facile pas plus que la multiplicité des séances de coagulation des amygdales ne fait renoncer à une méthode permettant d'éviter une intervention chirurgicale.

Vu:
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Professeur, Président de thèse,
LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Aillaud-Castelet (J.P.) — *Les procédés de trépanation de l'antre mastoïdien. La trépanation transpinomématique* (Thèse de Montpellier 1913-1914 in 8 n° 62).

Albanese Paolo. — « Contributo alla terapia della sinusite cronica del mascellare », *Stomatol* n° 4 Aprile 1929, p. 280).

Aubebert. — « Trois observations de sinusites maxillaires suppurées guéries par les lavages à l'eau du Pré de Luchon », *Presse Therm. et clin.* 1926, p. 428).

Bloch (A.) — « Lavage du sinus maxillaire par l'orifice naturel » (II^e Congrès Oto-Rhino-Laryngol. Latina, Catane 28-30 septembre 1931).

Bouguen. — « Sinusite maxillaire chronique. Traitement », *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris. Séance du 3 avril 1933*, In. les *Annales d'oto-laryngol.* n° 8, 1933).

Bourgeois (H.). — « Des indications thérapeutiques au cours des sinusites maxillaires ». (II^e Congrès de la Soc. d'oto-rhino-larungol. Latina. Catane 28-30 septembre 1932).

Bremond (H.). — « Traitement chirurgical des sinusites maxillaires chroniques », II^e Congrès de la Soc. Oto-Rhino-Laryngol. Latina. Catane, 28-30 septembre 1931

Buzoianu. — « L'opération type Claoué dans les sinusites maxillaires suppurées », *Spitalul.* Bucarest, n° 1, janvier 1928).

Candela (A.). — « Brèves considérations sur le traitement de la sinusite maxillaire », (II^e Congrès de la Soc. O.R.L. tenu à Catane, 28-30 septembre 1931).

Escat (E.) et Calvet (J.). — « Notre conception pathogénique et notre pratique chirurgicale des sinusites maxillaires », (II^e Congrès de la Soc. O.R.L. tenu à Catane, 28-30 septembre 1931).

Gimenez Cervantes. — « Histoire du traitement des sinusites maxillaires chroniques », *Revue d'Oto-Rhino-Laryngologie*, n° 9 1932. *Revista Esp. América. Laryng* août, septembre 1931).

Higguet (G.). — « Trocart emporte-pièce pour la trépanation du sinus maxillaire par le méat inférieur » (*Arch. internat. de laryngol.* Paris, 1910 XXIX, 183-185).

Mahu (G.). — « Trépanation et curetage du sinus maxillaire par la voie nasale », *Presse méd.* Paris, 1909, XVII, 99).

Millet. — « Quelques remarques sur la trépanation du sinus maxillaire », *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, 15 septembre, 15 octobre, 1929 n° 6, p. 43).

Moulonguet et Doniol. — « Le traitement des sinusites maxillaires chroniques par le bactériophage de d'Hérelle », (II^e Congrès de la Soc. d'Oto-Rhino-Laryngol. Latina. Catane 28-30 septembre 1931).

Piquet (Jean). — « Le traitement chirurgical des sinusites maxillaires chroniques suppurées », *L'Echo Médical du Nord*, n° 23, samedi, 10 juin 1933).

Tonndorf. — « Sur la cicatrisation des sinus maxillaires opérés par la méthode de Luc-Caldwell », (*Zeitschr. f. Hals Nasen und Ohrenh. f. t.* XVI, juin 1928).

Vaquier (L.I.B.). — *De la trépanation large du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur appliquée au traitement de la sinusite maxillaire chronique*, Thèse, de Toulouse, 1902-1903. in-8°, n° 609).

